

Patrycja Zurzycka¹, Iwona Oskędra², Katarzyna Wojtas¹

¹ Zakład Pielęgniarstwa Klinicznego, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa WNZ UJCM

² Zakład Zarządzania Pielęgniarstwem i Pielęgniarstwa Epidemiologicznego, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum

Wybrane zagadnienia opieki nad osobami chorującymi psychicznie ze współistniejącymi zaburzeniami somatycznymi

Selected issues of taking care of mentally ill persons with concomitant somatic disorders

STRESZCZENIE

Osoby chorujące psychicznie doświadczają zwiększonej zachorowalności na dolegliwości somatyczne o różnej etiologii. Kompleksowa opieka korzystnie wpływa na wynik postępowania terapeutycznego w leczeniu zarówno zaburzeń psychicznych, jak i somatycznych. Może ponadto znacząco poprawić dyscyplinę chorych w przestrzeganiu zaleceń terapeutycznych. Holistyczna opieka nad pacjentem powinna opierać się także na edukacji zdrowotnej podejmowanej przez wszystkich członków zespołu terapeutycznego. Ma to na celu uwzględnienie problemów zdrowotnych pacjenta, które często są marginalizowane – zarówno przez samego pacjenta z powodu jego stanu i braku kontroli nad własnym życiem, jak i przez zespół terapeutyczny, który pochyła się głównie nad problemami psychicznymi chorego. Edukacja zdrowotna pozwala na przygotowania pacjenta do współodpowiedzialności za własne zdrowie.

Słowa kluczowe: choroby psychiczne, edukacja, kompleksowa opieka

ABSTRACT

Mentally ill people experience an increased incidence of somatic complaints with various etiologies. Comprehensive care has a positive effect on the outcome of therapeutic procedure in the treatment of both mental and somatic disorders. In addition, it can significantly improve patients' discipline in adhering to therapeutic recommen-

Adres do korespondencji / Address for correspondence: katarzyna.wojtas@uj.edu.pl

ORCID: Katarzyna Wojtas – 0000-0003-3171-9352; Iwona Oskędra – 0000-0001-8501-0651; Patrycja Zurzycka – 0000-0002-2048-3711

Brak źródeł finansowania / No sources of financing

dations. Holistic care should also be based on health education undertaken by all members of the therapeutic team. This is aimed at taking into account the patient's health problems which are often marginalized – by both the patient himself and his lack of control over his own life, as well as by the therapeutic team who focuses mainly on the patient's mental problems. Health education allows the patient to be prepared to share responsibility for his own health.

Keywords: comprehensive care, education, mental illness

Wprowadzenie

W porównaniu z osobami psychicznie zdrowymi osoby chorujące psychicznie doświadczają zwiększonej zachorowalności na dolegliwości somatyczne, które są nierozłącznie związane ze zmniejszoną średnią długością życia i wyższym poziomem śmiertelności (Brämberg i wsp., 2018; DeHert i wsp., 2011a; DeHert i wsp., 2011B; Lambert i wsp., 2018; Liu i wsp., 2017). Etiologia zaburzeń somatycznych w tej grupie chorych jest zazwyczaj wieloczynnikowa (Lawrence, Kisely, 2010) i obejmuje zarówno styl życia (Erginer, Günüşen, 2018; Blomqvist i wsp., 2018), jak i zwiększone narażenie na modyfikowalne czynniki ryzyka przyczyniające się do rozwoju chorób oraz powszechne marginalizowanie potrzeb zdrowotnych i zaburzeń somatycznych u pacjentów z rozpoznanym zaburzeniem psychicznym (DeHert i wsp., 2011a; DeHert i wsp., 2011B; Erginer, Günüşen, 2018). Istotnym elementem wpływającym na somatyczny stan zdrowia chorych psychicznie są także efekty uboczne farmakoterapii stosowanej w psychiatrii (DeHert i wsp., 2011a) oraz dostępność do podstawowej i specjalistycznej opieki, a także edukacji zdrowotnej (DeHert i wsp., 2011B).

Dla wielu pacjentów chorujących psychicznie to członkowie zespołu terapeutycznego stanowią jedyne źródło opieki medycznej i informacji zdrowotnej, dlatego też w sposób szczególny powinni oni uwzględnić biofizyczne (somatyczne) aspekty funkcjonowania chorych (Erginer, Günüşen, 2018). Kompleksowe postrzeganie potrzeb i problemów zdrowotnych osób chorych psychicznie ze współistniejącymi zaburzeniami

somatycznymi korzystnie wpływa na wynik postępowania terapeutycznego w leczeniu zarówno zaburzeń psychicznych, jak i somatycznych. Holistyczna opieka nad pacjentem może ponadto znacząco poprawić dyscyplinę chorych w przestrzeganiu zaleceń terapeutycznych.

Opieka powinna opierać się także na promocji i edukacji zdrowotnej. Ma to na celu uwzględnienie problemów zdrowotnych pacjenta, które często są marginalizowane – zarówno przez samego pacjenta z powodu jego stanu i braku kontroli nad własnym życiem, jak i przez zespół terapeutyczny, który pochyła się głównie nad problemami psychicznymi chorego.

Cel pracy

Celem pracy jest ukazanie wybranych zagadnień dotyczących kompleksowej opieki sprawowanej nad osobami chorymi psychicznie ze współistniejącymi zaburzeniami somatycznymi, w tym także w odniesieniu do edukacji zdrowotnej.

Rozwinięcie

Najczęstsze zaburzenia somatyczne występujące u pacjentów chorych psychicznie

Jednym z zaburzeń występujących częściej u osób chorujących psychicznie niż w populacji ogólnej jest nadwaga i otyłość (McElroy, 2009; Lambert i wsp., 2018; Abernathy i wsp., 2016; Cook i wsp., 2016). Nadmierna masa ciała może stanowić wynik stylu życia, ale także być wynikiem schorzenia podstawowego lub efektem ubocznym prowadzonej farmakoterapii – zwiększenie apetytu oraz spowolnienie

nie procesów metabolicznych (DeHert i wsp., 2011a). Zwiększona masa ciała i otyłość mogą spowodować powstanie zespołu metabolicznego, którego cechami są otyłość typu centralnego, nadciśnienie tętnicze, zaburzenia lipidowe (hiperlipidemia), insulinooporność oraz zwiększenie ryzyka wystąpienia cukrzycy typu 2 (DeHert i wsp., 2011a; Lambert i wsp., 2018; Abernathy i wsp., 2016; Lamontagne-Godwin i wsp., 2018). Czynniki ryzyka wystąpienia cukrzycy, tak jak w przypadku nadmiernej masy ciała, mogą być efektem prowadzonego stylu życia, czynników genetycznych oraz skutkiem choroby psychicznej i jej leczenia (DeHert i wsp., 2011a; Taylor, Siddiqi, 2016; Cook i wsp., 2016).

Innymi zaburzeniami somatycznymi u chorych psychicznie są zaburzenia funkcjonowania układu sercowo-naczyniowego oraz oddechowego (DeHert i wsp., 2009; Abernathy i wsp., 2016; Hardy i wsp., 2014). Wśród tej grupy chorych, odnotowuje się dwu-, a nawet trzykrotny wzrost ryzyka śmierci z powodu zaburzeń układu krążenia w porównaniu z populacją ogólną (Liu i wsp., 2017). Również dysfunkcje układu oddechowego stanowią częsty problem somatyczny w tej grupie pacjentów (Abernathy i wsp., 2016; De Hert i wsp., 2011a). Osoby z poważnymi zaburzeniami psychicznymi umierają od 2 do 6 razy częściej na choroby układu oddechowego (Liu i wsp., 2017).

Inne problemy zdrowotne, które występują częściej u osób chorych psychicznie niż w populacji ogólnej, to: niedoczynność tarczycy (Abernathy i wsp., 2016; Lambert i wsp., 2018), choroby wątroby, niewydolność nerek, anemia, zaburzenia wodno-elektrolitowe (Abernathy i wsp., 2010). Ponadto obserwuje się zwiększony odsetek występowania zaburzeń układu moczowo-płciowego, endokrynologicznego oraz zaburzeń występujących w obrębie jamy ustnej (choroby uzębienia, wysychanie śluzówki jako skutek uboczny farmakoterapii), a także występowania wirusów (HIV, HCV) (DeHert i wsp., 2011a). Wśród chorych psychicznie odnotowuje się także wyższą śmiertelność w powodu chorób

nowotworowych, mimo że częstość występowania tych zaburzeń jest zbliżona do zachorowalności w populacji ogólnej (Kisley i wsp., 2013; Lamontagne-Godwin i wsp., 2018; DeHert i wsp., 2011a).

Bariery w dostępie do opieki medycznej

Jedną z głównych przeszkód ograniczających korzystanie przez osoby chore psychicznie z opieki medycznej celem poprawy stanu somatycznego jest wpływ choroby podstawowej na ograniczone poczucie potrzeby poszukiwania opieki.

U chorego może wystąpić bagatelizowanie objawów somatycznych (Otłowska, 2018), a także zaburzenia funkcji poznawczych, brak krytycyzmu co do stanu własnego zdrowia i konieczności dbania o nie. Ponadto widoczna jest także nieumiejętność rozwiązywania pojawiających się problemów i nieprawidłowe postrzeganie koncepcji zdrowia, a także częste uleganie izolacji społecznej. Wśród czynników ograniczających dostęp chorego psychicznie do opieki medycznej, ale niezwiązanych bezpośrednio z pacjentem wyróżnić można nacechowane negatywnie podejście profesjonalistów do chorych (Nielsen i wsp., 2019), nieprawidłową komunikację w relacji pacjent – personel podstawowej opieki zdrowotnej, nadmierną skłonność profesjonalistów do skupiania się wyłącznie na zaburzeniach psychicznych i marginalizowanie dolegliwości somatycznych oraz częste przypisywanie im podłoża psychosomatycznego. Inne bariery wynikają ze stygmatyzacji osób chorych psychicznie, braku ciągłości i integralności realizowanej opieki i z ogólnego niedofinansowania opieki zdrowotnej (ograniczenia funduszy na leczenie psychiatryczne pogłębione o bardziej zaawansowaną diagnostykę w kierunku stanu fizycznego), a także z niewystarczających zasobów finansowych chorych, uniemożliwiających im korzystanie z opieki komercyjnej w przypadku nieracjonalnie długiego terminu oczekiwania na świadczenia finansowane z NFZ (DeHert i wsp., 2011b; Fleischhacker, 2008; Liu i wsp., 2017; Nash, 2011; Lamontagne-Godwin i wsp.,

2018; Erginer, Günösen, 2018; Brämberg i wsp., 2018). Dodatkową barierą mogą być także deficyty wiedzy profesjonalistów, wykazujących niejednokrotnie poważne braki w obszarze zagadnień związanych z chorobami i zaburzeniami psychicznymi (Brämberg i wsp., 2018). Niektóre z doniesień podkreślają, że system opieki zdrowotnej nie uwzględnia szczególnych potrzeb osób z zaburzeniami psychicznymi w udzielaniu świadczeń (Gandre, Coldefy, 2020) i dlatego należy podjąć działania integrujące profilaktyczną opiekę zdrowotną z udzielaniem świadczeń w ramach leczenia psychiatrycznego (Jeleć i wsp., 2019).

Wytyczne WHO w zakresie poprawy dostępu do całościowej opieki dla osób chorych psychicznie oraz podniesienia jej jakości obejmują opracowanie kompleksowego systemu opieki zdrowotnej i społecznej oraz integrację opieki psychiatrycznej z opieką w zaburzeniach somatycznych. Zaleca się także zachowanie ciągłości i kompleksowości opieki pomiędzy świadczeniodawcami na wszystkich jej poziomach, promowanie samoopieki i nieformalnych źródeł wsparcia osób chorujących psychicznie (WHO, 2013). Leczenie chorób somatycznych u pacjentów z rozpoznaniem psychiatrycznym to ważne zadanie dla placówek ogólnopsychiatrycznych (Załuska i wsp., 2012), które w oparciu o holizm opieki powinny uwzględniać współpracę specjalistów (Pawlaczyk i wsp., 2018).

Ogólne wytyczne w zakresie monitorowania stanu somatycznego osób z zaburzeniami psychicznymi

Zwiększony odsetek występowania zaburzeń somatycznych u osób chorujących psychicznie w dużym stopniu wynika z występowania u nich czynników ryzyka podlegających modyfikacji (DeHert i wsp., 2011a; DeHert i wsp., 2011b; Erginer, Günösen, 2018). Z tego względu istotne jest przeprowadzanie badań przesiewowych i dokonywanie regularnej oceny stanu somatycznego, której podstawę stanowi przeprowadzenie dogłębnego wywiadu z pacjentem (obejmującego również szczegółowy wywiad rodzinny). Personel opieki

psychiatrycznej powinien prowadzić stałe kontrolowanie masy ciała, ciśnienia tętniczego krwi, a w zakresie badań diagnostycznych, laboratoryjnych – okresowe monitorowanie parametrów morfologii krwi, poziomu glikemii na czczo, stężenia lipidów, enzymów wątrobowych oraz poziomu hormonów tarczycy, a także poziomu prolaktyny – jeśli u chorego występują zaburzenia układu rozrodczego lub zaburzenia seksualne. Ponadto zaleca się dokonywanie całościowej okresowej oceny ryzyka wystąpienia chorób układu krążenia oraz systematyczne kontrole u stomatologa. Nie bez znaczenia jest także ocena sposobu odżywiania się przez chorego, podejmowanej przez niego aktywności fizycznej i stosowanie używek – tytoniu, alkoholu i innych substancji (DeHert i wsp., 2011a; DeHert i wsp., 2011b; DeHert, 2010; Nash, 2011; Hardy i wsp., 2014; Erginer, Günösen, 2018).

Edukacja zdrowotna osób chorych psychicznie ze współistniejącymi zaburzeniami somatycznymi

Współcześnie edukacja zdrowotna to wieloetapowy i celowy proces wpływania na człowieka zdrowego, zagrożonego chorobą, chorego czy niepełnosprawnego w celu umacniania zdrowia, odzyskiwania jego potencjału, profilaktyki powikłań lub rehabilitacji (Ciechaniewicz i wsp., 2008).

Głównym celem edukacji osób przewlekle chorych jest udzielanie im pomocy w zrozumieniu choroby i uczeniu się sposobu życia z chorobą, który pozwala na wykorzystanie wszystkich potencjalnych możliwości i zasobów oraz odczuwanie satysfakcji z życia (Wojnarowska, 2007). Zadaniem edukacji zdrowotnej jest również wyposażenie w odpowiedni poziom wiedzy medycznej, która pozwoli dokonywać właściwych wyborów w obszarze zdrowia i choroby, ułatwi funkcjonowanie w różnych sferach życia, a „wysoki poziom wiedzy z zakresu choroby, profilaktyki powikłań, sposobu radzenia sobie w różnych sytuacjach trudnych związanych z chorobą czyni z pacjenta eksperta w swojej chorobie, który potrafi prowadzić samokontrolę stanu

swojego zdrowia” (Kościńska, 2010, s. 106). Pacjent z chorobą przewlekłą powinien dzięki edukacji pozyskać zdolność nie tylko do zdobywania informacji, ale także ich rozumienia i interpretacji (Kościńska, 2010). Konsekwencją pozyskiwania i zrozumienia wiedzy jest przekonanie o potrzebie podjęcia aktywności na rzecz zdrowia i kształtowania właściwej postawy prozdrowotnej i motywacji do podejmowania adekwatnych zachowań prozdrowotnych (Kościńska, 2010). „Wysoki poziom wiedzy o zdrowiu i chorobie osób przewlekle chorych służy ich autonomii i samodzielności w granicach indywidualnych możliwości każdego pacjenta” (Kościńska, 2010, s. 116).

Edukacja zdrowotna pacjenta powinna być poprzedzona bardzo wnikliwą analizą jego stanu zdrowia oraz sytuacji życiowej i obejmować trzy zakresy: diagnozę zdrowotną, społeczną i ekonomiczną. Takie postępowanie wobec pacjenta psychicznie chorego ma umożliwić rozpoznanie problemów zdrowotnych dotyczących nie tylko zdrowia psychicznego. W ramach formułowania diagnozy edukacyjnej pielęgniarka określa obszary deficytowe (braki) w zakresie wiedzy, umiejętności i postaw dotyczących schorzenia psychicznego i chorób współistniejących u danego pacjenta, które będą stanowić podstawę planowania dalszych działań opiekuńczych, pielęgnacyjnych, edukacyjnych i promujących zdrowie. W początkowym okresie hospitalizacji chorego, kiedy dominują u niego objawy psychiczne dezorganizujące funkcjonowanie, pielęgniarka i pozostali członkowie zespołu terapeutycznego mogą przejąć czasowo działania i decyzje za chorego. Natomiast stałe przejmowanie działań za pacjenta w odniesieniu do zachowań zdrowotnych jest sprzeczne z ideą upodmiotowienia, które jako główna zasada promocji i edukacji zdrowia ma umożliwić ludziom przejęcie kontroli nad własnym zdrowiem i jego umacnianie (Ogórek-Tęcza, 2017).

Obecnie edukacja zdrowotna pacjentów psychicznie chorych ze względu na swój interdyscyplinarny charakter powinna być prowadzona przez pielęgniarki, lekarza psychiatrę,

psychologa, terapeutę, dietetyka – każda z tych osób powinna być odpowiedzialna za wybrany aspekt edukacji. Uzupełniające się kompetencje członków zespołu terapeutycznego pozwalają na całościową edukację chorego i mogą korzystnie wpłynąć zarówno na jej efekty, jak i samą motywację pacjenta (Ogórek-Tęcza, 2017).

Fundamentem współczesnej edukacji zdrowotnej powinno być podejście holistyczne oraz edukacja partnerska. Holizm w edukacji odnosi się do wieloaspektowego podejścia do pacjenta i jego problemów (Ogórek-Tęcza, 2017), koncentrowanie się nie tylko na schorzeniu dominującym, ale uwzględnianie także współistniejących schorzeń somatycznych. To także dostrzeganie zmian i znaczenia sfery psychicznej, duchowej, społecznej w procesie chorowania, diagnozy, leczenia i zdrowienia. Edukacja oparta na zasadzie partnerskiej powinna uwzględniać prawo pacjenta do wyrażania własnych opinii, przekonań, refleksji oraz samodzielnego rozwiązywania problemów (jeśli jest to możliwe) przy wsparciu edukatora. Wyznacznikami tego podejścia są m.in. „respektowanie wartości, preferencji i potrzeb pacjenta; koordynowanie i integracja opieki; informacja, komunikacja i edukacja; komfort fizyczny, wsparcie emocjonalne, łagodzenie lęku, strachu; angażowanie rodziny i przyjaciół” (Cylkowska-Nowak, 2008, s. 201).

Istotną rolą edukacji zdrowotnej jest wyposażanie ludzi w określone kompetencje, które podlegają zmianom w ciągu życia, zależnie od okresu rozwojowego i w związku z pojawiającymi się chorobami czy dysfunkcjami (Ogórek-Tęcza, 2017). Kompetencje te w odniesieniu do zdrowia mogą dotyczyć nabywania umiejętności działania w obszarze profilaktyki (pomiarów parametrów życiowych, świadomy udział w badaniach przesiewowych) czy terapii (farmakoterapia, dietoterapia, socjoterapia), wykorzystywania nowych metod działania do aktywnego poszukiwania informacji na temat zdrowia dzięki dostępowi do różnych źródeł wiedzy, w tym Internetu czy innych mediów. Natomiast w oparciu o nową, aktualną wiedzę pozwalającą

pacjentowi na świadome i adekwatne modyfikacje zachowań zdrowotnych (Ogórek-Tęcza, 2017).

W procesie edukacji dochodzi do uświadomienia pacjentowi związków między zdrowiem a stylem życia, wpływem środowiska i społeczeństwa. Ponadto na drodze takiej edukacji uzyskuje się świadomość problemów zdrowotnych i zdolności podejmowania decyzji i działań, które mają na celu zmianę zachowań zdrowotnych (Williams, 1989). „Proces edukacji ma prowadzić do nabycia nowych możliwości poznawczych dotyczących zdrowia, czynników wpływających na zdrowie, rozpoznawania problemów zdrowotnych i wglądu we własne zasoby osobowe oraz do kształtowania przekonań i postaw a także zachowań promujących zdrowie” (Ogórek-Tęcza, 2017, s. 9). Ma także kształtować odpowiedzialność za zdrowie własne.

Podsumowanie

Opieka nad osobami z zaburzeniami psychicznymi nie powinna i nie może opierać się tylko i wyłącznie na udzielaniu świadczeń wynikających z obecności objawów psychopatologicznych. Szerokie spektrum holistycznej opieki pozwala się odnieść do uwarunkowań współistniejących zaburzeń somatycznych i wdrożyć niezbędną diagnostykę oraz postępowanie terapeutyczne, w którym zespół terapeutyczny dostrzega znaczenie edukacji. Kompleksowa opieka nad pacjentami z zaburzeniami psychicznymi z uwzględnieniem edukacji zdrowotnej podkreśla podmiotowość pacjenta w procesie leczenia i jego zdolność do aktywnego w nim uczestnictwa. Pozyskanie pacjenta do współpracy i przekazanie mu wiedzy, a także wyposażenie w niezbędne umiejętności oraz wzbudzenie w nim motywacji do przestrzegania zaleceń wynikających nie tylko z leczenia psychiatrycznego, ale również leczenia zaburzeń somatycznych jest czynnikiem budującym współodpowiedzialność pacjenta za własne zdrowie.

Wnioski

Zaburzenia i choroby somatyczne są często obecne u osób chorujących psychicznie, a ich uwarunkowania pośrednio lub bezpośrednio związane są z osobą pacjenta.

Istnieje konieczność zwrócenia uwagi na kompleksową opiekę nad osobami chorującymi psychicznie zapewniającą leczenie nie tylko choroby podstawowej, ale również pogłębioną diagnostykę i leczenie zaburzeń i chorób współistniejących.

Edukacja zdrowotna jest procesem podejmowanym przez wszystkich członków zespołu terapeutycznego na rzecz przygotowania pacjenta do współodpowiedzialności za własne zdrowie.

Piśmiennictwo

- Abernathy K., Zhang J., Mauldin P., Moran W., Abernathy M., Brownfield E., Davis K. (2016). Acute care utilization in patients with concurrent mental health and complex chronic medical conditions. *Journal of Primary Care & Community Health*, 7(4), 226–33.
- Blomqvist M., Sandgren A., Carlsson I.M., Jormfeldt H. (2018). Enabling healthy living: Experiences of people with severe mental illness in psychiatric outpatient services. *International Journal of Mental Health Nursing*, 27(1), 236–246.
- Brämberg E.B., Torgerson J., Kjellström A.N., Welin P., Rusner M. (2018). Access to primary and specialized somatic health care for persons with severe mental illness: a qualitative study of perceived barriers and facilitators in Swedish health care BMC. *Family Practice*, 19: 12.
- Ciechaniewicz W., Górajek-Jóźwik J., Żurawska-Dziurawiec K. (2008). Edukacja pacjenta w kontekście innych znaczących pojęć dotyczących opieki. W: Kulik B., Wolny B., Pacian A. (red.), *Edukacja zdrowotna w naukach medycznych i społecznych*. Stalowa Wola, Lublin: Wydawnictwo Diecezjalne i Drukarnia w Sandomierzu, 448.
- Cook J.A., Razzano L., Jonikas J.A., Swarbrick M.A., Steigman P.J., Hamilton M.M., Carter T.M., Santos A.B. (2016). Correlates of co-occurring diabetes and obesity among community mental health program members with serious mental illnesses. *Psychiatric Services*, 67(11), 1269–1271.

- Cylkowska-Nowak M. (2008). Podmiotowość i autonomia odbiorcy edukacji zdrowotnej – między teorią a praktyką. W: Cylkowska-Nowak M. (red.) *Edukacja zdrowotna możliwości, problemy, ograniczenia*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UM im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu, 201.
- De Hert M., Correll C.U., Bobes J., Cetkovich-Bakmas M., Cohen D., Asai I., Detraux J., Gautam S., Möller H.J., Ndeti D.M., Newcomer J.W., Uwakwe R., Leucht S. (2011a). Physical illness in patients with severe mental disorders. I. Prevalence, impact of medications and disparities in health care. *World Psychiatry*, 10(1), 52–77.
- De Hert M., Cohen D., Bobes J., Cetkovich-Bakmas M., Leucht S., Ndeti D.M., Newcomer J.W., Uwakwe R., Asai I., Möller H.J., Gautam S., Detraux J., Correll C.U. (2011b). Physical illness in patients with severe mental disorders. II. Barriers to care, monitoring and treatment guidelines, plus recommendations at the system and individual level. *World Psychiatry*, 10(2), 138–51.
- De Hert M., Dekker J.M., Wood D., Kahl K.G., Holt R.I., Möller H.J. (2009). Cardiovascular disease and diabetes in people with severe mental illness. Position statement from the European Psychiatric Association (EPA), supported by the European Association for the Study of Diabetes (EASD) and the European Society of Cardiology (ESC). *European Psychiatry: The Journal of the Association of European Psychiatrists*, 24, 412–424.
- De Hert M., van Winkel R., Silic A., Van Eyck D., Peuskens J. (2010). Physical health management in psychiatric settings. *European Psychiatry: The Journal of the Association of European Psychiatrists*, 25 (Suppl 2), 22–28.
- Erginer D., Güntügen N. (2018). Determination of physical health status and healthy lifestyle behaviors of individuals with mental illness. *Perspectives in Psychiatric Care*, 54, 371–379.
- Fleischhacker W.W., Cetkovich-Bakmas M., De Hert M., Hennekens C.H., Lambert M., Leucht S., Maj M., McIntyre R.S., Naber D., Newcomer J.W., Olfson M., Osby U., Sartorius N., Lieberman J.A. (2008). Comorbid somatic illnesses in patients with severe mental disorders: clinical, policy, and research challenges. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 69(4), 514–9.
- Gandr  C., Coldefy M. (2020). Disparities in the use of general somatic care among individuals treated for severe mental disorders and the general population in France. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 17(10), 3367.
- Hardy S., Hinks P., Gray R. (2014). Does training practice nurses to carry out physical health checks for people with severe mental illness increase the level of screening for cardiovascular risk? *The International Journal of Social Psychiatry*, 60(3), 236–42.
- Jele  V., Baji  Z., Šimunovi  Filip i  I., Portolan Paji  I., Šentija Kne eви  M., Milolo a I., Radi -Kri to D., Benjak T., Jak i  N.,  agud M., Wang W., Filip i  I. (2019). Utilization of somatic health-care in Croatian patients with schizophrenia spectrum disorder, major depression, PTSD and the general population. *BMC Psychiatry*, 19:203.
- Kisely S., Crowe E., Lawrence D. (2013). Cancer-related mortality in people with mental illness. *JAMA Psychiatry*, 70, 209–17.
- Ko ci ska E. (2010). *Edukacja zdrowotna senioro w i os b przewlek e chorych*. Bydgoszcz: Wydawnictwo Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego, 11, 106, 114, 116.
- Lambert M., Ruppelt F., Siem A.K., Rohenkohl A.C., Kraft V., Luedecke D., Sengutta M., Schr rer R., Daubmann A., Correll C.U., Gallinat J., Karow A., Wiedemann K., Sch ttle D. (2018). Comorbidity of chronic somatic diseases in patients with psychotic disorders and their influence on 4-year outcomes of integrated care treatment (ACCESS II study). *Schizophrenia Research*, 193, 377–383.
- Lamontagne-Godwin F., Burgess C., Clement S., Gasston-Hales M., Greene C., Manyande A., Taylor D., Walters P., Barley E. (2018). Interventions to increase access to or uptake of physical health screening in people with severe mental illness: a realist review. *BMJ Open*, 8(2), e019412.
- Lawrence D., Kisely S. (2010). Inequalities in health-care provision for people with severe mental illness. *Journal of Psychopharmacology*, 24(4 Suppl), 61–8.
- Liu N.H., Daumit G.L., Dua T., Aquila R., Charlson F., Cuijpers P., Druss B., Dudek K., Freeman M., Fujii C., Gaebel W., Hegerl U., Levav I., Munk Laursen T., Ma H., Maj M., Elena Medina-Mora M., Nordentoft M., Prabhakaran D., Pratt K., Prince M., Rangaswamy T., Shiers D., Susser E., Thornicroft G., Wahlbeck K., Fekadu Wassie A., Whithford H., Saxena S. (2017). Excess mortality in persons with severe mental disorders: a multi-level intervention framework and priorities for clinical practice, policy and research agendas. *World Psychiatry*, 16(1), 30–40.
- McElroy S.L. (2009). Obesity in patients with severe mental illness: overview and management. *Journal of Clinical Psychiatry*, 70, 12–21.
- Nash M. (2011). Improving mental health service users' physical health through medication

- monitoring: a literature review. *Journal of Nursing Management*, 19(3), 360–5.
- Nielsen R.E., Kugathasan P., Straszek S., Jensen S.E., Licht R.W. (2019). Why are somatic diseases in bipolar disorder insufficiently treated? *International Journal of Bipolar Disorders*, 7: 12.
- Ogórek-Tęcza B. (red.) (2017). *Edukacja terapeutyczna u osób z zaburzeniami psychosomatycznymi – scenariusze zajęć edukacyjnych*. Kraków: Wyd. FALL, 9, 29, 30, 35, 37, 40.
- Otlewska A. (2018). Współistnienie chorób somatycznych i psychicznych. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 24(1), 54–58.
- Pawlaczyk M., Suwalska J., Giemza-Urbanowicz W., Pucher B., Łojko D. (2018). Współistnienie chorób somatycznych i choroby afektywnej dwubiegunowej – problemy diagnostyczne i terapeutyczne u pacjentki w podeszłym wieku. *Geriatrics*, 12, 172–175.
- Taylor J., Siddiqi N. (2016). Improving health outcomes for adults with severe mental illness and comorbid diabetes: is supporting diabetes self-management the right approach? *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 23(5), 322–30.
- WHO World Health Organization. (2013). Mental Health Action Plan 2013–2020. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/89966/9789241506021_eng.pdf (25.03.2019).
- Williams T. (1989). Szkolne wychowanie zdrowotne w Europie. *Wychowanie Fizyczne i Zdrowotne*, 7/8, 159.
- Woynarowska B. (2007). *Edukacja zdrowotna. Podręcznik akademicki*. Warszawa: PWN, 262.
- Załużka M., Kобрzyńska-Zochowska E., Dyduch A., Balicki M., Zaniewska-Chłopik U., Kszczotek M., Janota B., Żurko R., Kałużna S. (2012). Psychiatryczne leczenie stacjonarne – zadania i koszty, zez szczególnym uwzględnieniem pacjentów chorych somatycznie i psychicznie. *Postępy Psychiatrii i Neurologii*, 21(4), 251–257.

Praca zgłoszona do czasopisma: 14.04.2020 / praca zaakceptowana do druku: 20.08.2020

Manuscript received: 14.04.2020 / manuscript accepted: 20.08.2020